

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 308

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert QUEYROIX

Interne des Hôpitaux de Limoges

Né le 6 Avril 1927 à NEUILLY-sur-SEINE

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE
DE LA TUMEUR DE BRENNER
A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Président : Monsieur FUNCK-BRENTANO (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Robert QUEYROIX

Interne des Hôpitaux de Limoges
né le 6 avril 1927 à Neuilly-sur-Seine

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE
ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA TUMEUR
DE BRENNER
A PROPOS D'UNE OBSERVATION

-:-

Président : Monsieur FUNCK-BRENTANO
(Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
	Hôtel-Dieu MENEGAUX
Clinique Chir. {	Salpêtrière MOULONGUET
	Cochin QUENU
	Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	BARIETY
	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY
	RADOT
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL
	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de l' Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

MM.

Anatomie { CABROL
DEBEYRE
DELMAS
OLIVIER G.
Melle GAU-
THIER V.
Ana.Path. { BUSSER
GOUYGOU
Bactério- } { CHRISTOL
logie } { NEVOT
Biol. Mèd. BOUPLIERE
Chimie méd. { ETTORI
POLONOVSKI J.
Dermato-syph. DUPERRAT
Embryologie TUCHMANN
Histologie { COUJARD
N.
Hydrologie CORNET
Hygiène { BOYER
DEPARIS
Mal.infect. BASTIN
Médecine } { DEROBERT
légale et } { GAULTIER
du Trav. } { HADENGUE
Neurochir. DAVID
Neurologie LHERMITTE
GRASSET
LE LORIER
Obstétrique LEPAGE
MERGER
MORIN
RAVINA
ROBEY
Ophtal- } { BREGREAT
mologie } { DESVIGNES
Orthopédie JUDET
Oto-rhino- } { AUBRY
laryngol. } { MADURO
Parasito. BRUMPT
Parasito.col. CHABAUD
ABOULKER
BARCAT
Pat. chir. { BAUMANN
CAUCHOIX

Pat. chir.

Pat.expéri-
ment.

Path.Med.

{ DUBOST
FAUREL
FLABEAU
GERMAIN
GOSSET
LAURENCE
LORTAT-JACOB
OLIVIER (Cl.)
POILLIEUX
THONERET
VERNE (J.M.)
MAURICE
LOEPER
BOUVIER
BOUDIN
BRICAIRE
BRISSAUD
CASTAIGNE
CONTE
DEROT
DOMART
LAMOTTE
LAROCHE
MACREZ
MILLIEZ
PEQUIGNOT
PERRAULT
RAMBERT
ROYER
THIEFFRY
TURIAF
WOLFROHM
POLONOVSKI Cl.
MOZZICONACCI
JOSEPH
Melle LEVY
BARGETON
DEJOURS
PARROT
DJOURNO
GUGEROT
KREIS
BARUK
PICHOT

MM.		MM.	
Psych.infant.	N...	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELMARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE
Stomato.	{ CHAPUT Mme		
	{ CERNEA		

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clin.Chir.	{ AMELINE	Urologie	N...
	{ HUGUIER	Clinique Méd.	{ DREYFUS
	{ LEGER		{ HAGUENAU
	{ PADOVANI		{ KOURILSKY
Clinique)	{ ROUX		
	{ ECALLE		
obstét.	{ MAYER		
Clin.opht.	OFFRET		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires { Melles DUMAITRE
LE NOIR
LAURENT
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A mon Père

dont le souvenir et l'exemple m'ont
soutenu aux moments difficiles
et que j'aimerais, aujourd'hui,
avoir à mes côtés.

A ma Mère

Avec toute ma reconnaissance et
ma profonde affection

A ma Femme et à mon Fils

Avec toute ma tendresse.

A mes Beaux-Parents

Avec mes plus affectueux sentiments

A ma Famille

A mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur Paul FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique à la
Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

En témoignage de notre profonde
admiration et de notre respectueuse
gratitude.

A notre Maître

Monsieur le Professeur Marcel FAURE

Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole Nationale de Plein Exercice
de Médecine de Médecine de Limoges

Nous lui devons notre formation
chirurgicale.

Il nous a accueilli et dirigé
avec bienveillance.

Il a bien voulu nous indiquer le
sujet de cette thèse et nous
guider de ses conseils.

Notre très grande et très res-
pectueuse reconnaissance.

A notre Ami

le Docteur René LOUBET

Chef de Travaux d'Anatomo-Pathologie
à l'Ecole de Médecine
Anatomo-Pathologiste Assistant des
Hôpitaux de Limoges

Qui nous a fait profiter de ses
connaissances histologiques et
a contribué largement à l'élab-
oration de ce travail.

Toute notre sympathie et nos re-
merciements.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Limoges

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur A. BASSET

Monsieur le Professeur A. DELOTTE

In Memoriam

INTERNAT :

Monsieur le Docteur Y. DELROUS

Monsieur le Professeur Agrégé G. BLANC

Monsieur le Professeur P. VIOLETT

Monsieur le Professeur M. ROBIN

Monsieur le Professeur M. FAURE

Nous leur devons l'apprentissage
de notre métier.

Notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE
ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA TUMEUR DE
BRENNER

- A PROPOS D'UNE OBSERVATION -

- :-

P L A N

-:-

- Chapitre I - Introduction
- Chapitre II - Historique
- Chapitre III - Observation
- Chapitre IV - Caractères anatomo-pathologiques.
- Chapitre V - Histogenèse
- Chapitre VI - Caractères cliniques et évolutifs.
- Chapitre VII - Conclusions
- Chapitre VIII- Bibliographie.

-:-

I N T R O D U C T I O N

-:-

Dans le groupe, très vaste et de classification toujours très difficile, des tumeurs ovariennes, les tumeurs de BRENNER méritent une place à part en raison de leur structure morphologique bien définie et de leur comportement évolutif toujours bénin.

Entrevues pour la première fois par MAC NAUGHTON JONES en 1898 et par ORTHMANN en 1899 elles ont été décrites par BRENNER en 1907.

Ces tumeurs, sans symptomatologie propre, de dimensions variables, se présentent soit comme une masse dure et isolée, soit comme un nodule fibreux inclus dans la paroi d'un kyste pseudo-mucineux d'apparence banale.

Elles se rencontrent le plus souvent chez les femmes après la ménopause et contrairement aux tumeurs de la granulosa ou de la thèque, ne s'accompagnent jamais d'aucun syndrome endocrinien.

Leur structure histologique est typique : elle est caractérisée par la présence de plages épithéliales d'aspect para-malpighien, enchassées dans un stroma fibreux très dense.

L'origine des tumeurs de BRENNER, malgré les nombreux travaux qui lui ont été consacrés (surtout à l'étranger) demeure toujours entourée d'un certain mystère.

Trois origines leur sont habituellement assignées.

- Certains les considèrent comme des tumeurs d'origine germinative.

- D'autres les envisagent comme des néoformations dysembryoplasiques nées de résidus épithéliaux fréquemment rencontrés sur la trompe et le cortex ovarien (îlots de Walthard).

- Quelques auteurs, enfin, voient en elles le résultat de la prolifération de dérivés métanéphrotiques résiduels du rete ovarii.

Bien qu'il s'agisse là de tumeurs rares dont la découverte est souvent le fait d'un examen anatomo-pathologique systématique et attentif des pièces opératoires, nous voyons qu'elles méritent de retenir l'attention par les problèmes qu'elles soulèvent et qui sont encore loin d'être résolus.

A propos d'un cas qu'il nous a été donné d'observer, nous voudrions reprendre dans ce travail une étude d'ensemble des tumeurs de BRENNER à la lumière des travaux récents.

Après en avoir retracé l'HISTORIQUE qui nous permettra de suivre l'évolution des idées émises par les différents auteurs, nous étudierons en détail leurs caractères anatomopathologiques, macroscopiques et microscopiques.

Leur HISTOGENESE fera l'objet d'un chapitre spécial au terme duquel nous esquisserons la façon dont, à notre sens, on peut concevoir l'origine de ces néoplasmes.

Dans la description des signes cliniques engendrés par ces tumeurs, nous insisterons sur leur latence, le caractère d'emprunt de leur symptomatologie et l'absence de retentissement endocrinien.

Bien que quelques cas de malignité aient été rapportés récemment, nous verrons que les arguments avancés par les auteurs peuvent prêter à discussion et qu'en pratique les tumeurs de Brenner jouissent d'un pronostic toujours favorable.

-:-

HISTORIQUE

--

En 1907, Fritz BRENNER décrivant trois tumeurs ovariennes est frappé par la similitude histologique de ces trois néoplasmes.

Dans un stroma revêtant la structure d'un fibrome ovarien se trouvaient dispersés irrégulièrement des amas épithéliaux pleins ou kystiques, dans lesquels BRENNER remarqua des formations arrondies et volumineuses qu'il considéra comme des ovocytes.

Il pensa que ces néoplasmes provenaient des cordons de PELUGER et assimila les formations kystiques à des follicules de DE GRAAF.

Dans l'esprit de cet auteur, ces tumeurs produisaient réellement des ovocytes et pour faire ressortir le caractère surprenant de cette ovogénèse tumorale, BRENNER les baptisa du nom d' "oophorome".

A la suite des travaux de BRENNER, quelques auteurs publièrent, pour la plupart en langue allemande, des cas isolés de tumeur de l'ovaire analogue à celle décrite par BRENNER.

TAWILDAROW (1909) - LAHM (1914) - FLEISCHMANN (1916) - DI LEMOS (1919) - SEIFRIED (1923) - KROMPECHER (1924) - NEUMANN (1927) - ESSER (1928) - RICHTER (1929), sont les auteurs les plus souvent cités, alors que O. FRANKL, en 1927, rapporte plusieurs cas personnels sous le nom de "Fibroma ovarii adenocysticum".

Mais ce n'est qu'en 1932, soit vingt cinq

ans après la publication de BRENNER, que paraît la première étude d'ensemble valable sur "l'oophoroma folliculare". Elle est due à R. MEYER qui, à l'occasion de cinq cas personnels, publie un très important mémoire.

D'une part, cet auteur montre que ces tumeurs peuvent se présenter macroscopiquement sous deux aspects très différents.

- Tantôt sous la forme d'une tumeur solide, unique, bien individualisée, de volume variable, à surface lisse ou légèrement bosselée, tendant à rappeler l'aspect réalisé par le fibrome banal de l'ovaire.

(Les trois cas de BRENNER appartenaient à cette catégorie).

- Tantôt sous la forme d'une tumeur incluse dans la paroi d'un kyste mucoïde.

Le nodule brennérien incorporé dans la paroi du kyste constitue alors une découverte lors de l'examen du kyste de l'ovaire après l'intervention.

Et R. MEYER insiste sur le fait que, quoique macroscopiquement distincte, il y a une identité histologique complète entre ces deux variétés d'une même espèce néoplasique.

D'autre part, R. MEYER fait une discrimination très nette entre les tumeurs de la granulosa et les tumeurs décrites par BRENNER trop souvent confondues sous le terme de folliculome.

En effet, et c'est un des points les plus importants de son travail, R. MEYER montre que les tumeurs de la granulosa sécrètent de la folliculine et déterminent une hyperplasie de l'endomètre, "activité endocrinienne dont la réalité ne se discute plus", et dont "l'oophoro-

ma folliculaire" de BRENNER est totalement dépourvu.

L'analogie morphologique de ces deux variétés néoplasiques est superficielle et leur confusion ne doit pas être commise.

Ainsi R. MEYER montrant l'inexactitude du terme de BRENNER "Oophoroma folliculaire" propose celui de "Tumor ovarii BRENNER" devenu par abréviation tumeur de BRENNER. C'est, depuis R. MEYER, la dénomination constamment employée.

La diffusion des travaux de R. MEYER provoqua une révision de la littérature ancienne publiée sur les tumeurs de l'ovaire et un nouvel examen de nombreuses coupes.

Ainsi, on s'aperçut qu'avant BRENNER, en 1898, Mac NAUGHTON Jones avait décrit sous le nom d'"adénofibrome" une tumeur de BRENNER. Puis, en 1899, ORTHMANN avait, lui aussi, donné une description histologique de ces tumeurs en publiant trois cas de néoplasmes ovariens sous une appellation différente :

- Adéno-fibrome kystique carcinomateux de l'ovaire,
- Fibrome papillaire carcinomateux de l'ovaire,
- Adéno-fibrome colloïdal de l'ovaire.

Or les trois cas de ORTHMANN font partie des tumeurs de BRENNER. Mais cet auteur, à l'inverse de BRENNER, ne s'est pas rendu compte que la structure de ces tumeurs ovariennes était identique.

Furent encore réintégrés rétrospectivement dans le cadre des tumeurs de BRENNER :

- la tumeur ovarienne papillaire d'AMMAN (1899)
- Le carcinome folliculoïde malin de l'ovaire de LOENNBURG (1901).
- Le folliculome malin de l'ovaire de GOTTSCHALK (1902).

- Le carcinome folliculoïde de l'ovaire de VOIGT (1902).

En réalité, nous verrons que des auteurs ont formulé des réserves quant à l'identité de certaines de ces tumeurs avec celles de BRENNER.

Après 1932, les cas publiés deviennent plus nombreux et les études d'ensemble se succèdent.

PLAUT, en 1933, étudiant huit nouveaux cas de tumeurs de BRENNER, propose la dénomination "Fibro epithelioma mucinosum benignum ovarii" terme qui pour son auteur met bien en évidence les principales caractéristiques de la tumeur.

Cette dénomination très discutée et, en tous cas, trop longue, n'a pas été retenue.

- VON SZATHMARY (1933)
- FAUVET (1935)
- W. SCHILLER (1936)
- KLEINE (1937)
en langue allemande,

- MAURY et SCHMESSER (1934)
- BLAND et GOLDSTEIN (1935)
- GAINES (1936)
- NEIMAN (1936)

en langue anglaise,
étudient à leur tour les tumeurs de BRENNER.

En France, par contre, les publications sont peu nombreuses :

- HAMANT, CORNIL et MOSINGER en 1929,
- DELANNOY et BEDRINE en 1935, font rentrer ces tumeurs dans le cadre des folliculomes.
- WALLART et SCHEIDEGGER (1935)

- BASSAL et FABRE (1936) publient d'authentiques tumeurs de BRENNER.

Mais ce n'est qu'en 1938 que paraît le premier travail français important. Il est dû à J. VARANGOT qui rapporte trois observations personnelles et collige à cette date une centaine de cas dans la littérature mondiale.

Révisant de nombreuses coupes, VARANGOT émet des doutes sur l'authenticité de certaines observations. Ainsi écarte-t-il du cadre des tumeurs de BRENNER :

- Le folliculome malin de GOTTSCHALK (1902)
- La tumeur ovarienne papillaire d'AMMAN (1899) et les cas de INGUIER (1907) - TAVILDAROW (1909) KROMPECHER (cas N° 1) ; VON WERDT (cas N° 4), SCHILLER (cas N° 5).

En 1945, LABATUT consacre sa thèse au quatorzième cas français.

Depuis, nous n'avons noté dans les revues françaises que des cas isolés publiés par :

- PELISSIER en 1951
- GRANJON en 1952
- LE LORIER en 1955
- GROSDIDIER en 1956.

Dans les travaux étrangers de ces dernières années, deux problèmes semblent avoir plus particulièrement attiré l'attention des auteurs.

- D'une part : l'Histogenèse des tumeurs de BRENNER :

- GREENE - KARPE - BLACK, SPEER en 1952
- DOHM en 1953
- STANGE 1957

- D'autre part, la dégénérescence de ces tumeurs :

- RAWSON 1955
- CONILL SERRA 1955
- MAC KINLAY 1956.

Cette éventualité s'oppose au caractère absolument bénin que l'on attribuait jusqu'alors à ces tumeurs. Nous verrons que les cas rapportés par ces auteurs peuvent prêter à discussion et ne semblent pas de nature (ne serait-ce que par leur extrême rareté) à mettre en doute la bénignité des tumeurs de BRENNER.

Ainsi, les tumeurs de BRENNER, dont il existe actuellement à peu près 250 cas rapportés dans la littérature mondiale ont perdu leur caractère de curiosité histologique.

Il n'en reste pas moins vrai qu'il s'agit de tumeurs rarement rencontrées et que les publications et travaux français à leur sujet sont très peu nombreux.

OBSERVATION

-:-

Madame J.. de V.., 68 ans, sans profession, a souffert dans la nuit du 27 février 1957, de douleurs diffuses dans la région sous-ombilicale, sans nausées, sans vomissements. Depuis, elle se plaint d'avoir quelques difficultés pour uriner et d'être très constipée, alors que les douleurs ont disparu. Elle a constaté également une augmentation rapide du volume de son abdomen.

Lorsqu'elle vient nous consulter, le 1er mars, nous découvrons, soulevant la paroi abdominale, une masse qui remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui occupe les deux fosses iliaques. Elle est régulière, arrondie, convexe en haut, légèrement rénitente. Son pôle inférieur n'est pas perçu par le toucher vaginal. Par ailleurs, il n'y a ni varices, ni oedème des membres inférieurs. La température est de 37° 4, le pouls à 72, la tension artérielle 20-11, et l'état général satisfaisant.

Nous faisons le diagnostic de kyste de l'ovaire avec possibilité d'hémorragie intra-kystique.

Examens pré-opératoires :

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Urée sanguine : 0,32

Glycémie : 1,06

Cholestérol : 2,60

Globules rouges : 4.750.000

Globules blancs : 5.890

Formule : normale

Temps de saignement : 2 minutes 30

Temps de coagulation : 9 minutes

Groupe sanguin : A rhésus négatif.

Electrocardiogramme : normal.

Le 4 mars 1957, sous anesthésie générale (circuit fermé - Nesdonal - Curare), laparotomie médiane sous-ombilicale (Professeur FAURE)

Enorme kyste de l'ovaire gauche que l'on ponctionne en plusieurs fois car il apparaît multiloculaire. Sa libération est difficile, son pôle inférieur adhère à la partie postérieure de l'utérus, au méso-sigmoïde et au Douglas. Les annexes droites sont adhérentes au péritoine rétro-ligamentaire ; il en résulte un décollement important et très hémorragique des deux ligaments larges. On fait alors une hystérectomie subtotala dont la péritonisation est très difficile. Réfection du méso-sigmoïde et exclusion du petit bassin par suture du méso-sigmoïde au péritoine vésical sans laisser d'orifice latéral.

Pénicilline et streptomycine liquide in situ.

Fermeture de la paroi sans drainage en trois plans.

Pièce opératoire :

Kyste de l'ovaire gauche formé par trois poches principales contenant chacune un litre de liquide filant teinté de sang.

Dans la paroi d'un des kystes, on découvre une petite masse solide et ferme.

Examen anatomo-pathologique (Docteur LOUBET)

Volumineuse tumeur ovarienne kystique multiloculaire, composée d'une vaste poche principale à paroi lisse. Cette paroi s'épaissit considérablement par endroit. Ces épaississements sont dûs à une multitude de petites

cavités kystiques et aussi à l'existence d'une zone compacte à section blanchâtre, d'aspect fibreux.

L'examen histologique montre que cette tumeur est en réalité double :

- tout d'abord, la plus grande partie est constituée par une tumeur dysembryoplasique kystique, multiloculaire, dont le revêtement épithélial est entéroïde, fait d'un épithélium cylindrique haut, activement mucipare ; quelques-unes de ces cellules sont en mitose. Toutes les cavités, quel que soit leur volume, présentent cette même structure.

- par ailleurs, les zones compactes épaississant la paroi de ce kyste "pseudo-mucineux" ont une structure différente. Sur un fond fibreux très dense, contenant quelques trousseaux de fibres musculaires lisses, se détachent de nombreux îlots arrondis, ovoïdes ou parfois trabéculaires, à contours nettement dessinés par un cerne hyalin plus ou moins épais ; ces îlots sont pleins ou creusés d'une ou deux cavités arrondies ; ils sont composés d'éléments malpighiens, dont les noyaux sont souvent en "grain de café". La cavité centrale éventuelle est muci-carminophile, bordée le plus souvent par une rangée de cellules nettement cylindriques. Dans cette tumeur elle-même, qui est une tumeur de Brenner, on trouve quelques cavités glanduliformes bordées par un revêtement cylindrique, indépendante du kyste pseudo-mucineux.

La méthode de Laidlaw montre une grande richesse de réticuline à l'intérieur du stroma et l'absence de toute fibre argyrophile dans les nids épithéliaux.

La recherche des cellules de Kultchisky sur de nombreuses coupes du kyste pseudo-mucineux demeure négative.

L'autre ovaire, de volume sensiblement normal, contient d'assez nombreuses cellules glandulaires, à revêtement cylindrique, ébauchant parfois des aspects papillaires. Il est vraisemblable qu'il s'agit là de petites formations pseudo-mucineuses, l'hypothèse de glandes métastatiques ne semblant pas devoir être retenue.

L'utérus contient des nodules de léio-myome.

L'endomètre a une tendance atrophique.

Les trompes ne présentent aucune lésion notable ; il n'y a pas d'îlots de Walthard dans la tunique externe.

CONCLUSION :

Il s'agit d'une tumeur de Brenner typique, incluse dans la paroi d'un volumineux kyste entéroïde multiloculaire.

Les suites opératoires immédiates furent simples, sans aucune complication.

Les conclusions histologiques, très rassurantes, permirent de porter un pronostic lointain favorable.

Notre opérée est actuellement en bonne santé.

Tumeur de Brenner :

Cordons épithéliaux anastomotiques cribriformes (aspects glandulaires) stroma fibreux.
(faible gross.t ; col. Hénal.-Phlox.-Safr)

Tumeur de Brenner :

un flot épithélial paramalpighien avec, en son centre, une cavité à contenu PAS positif revêtue par des cellules cubo-cylindriques.

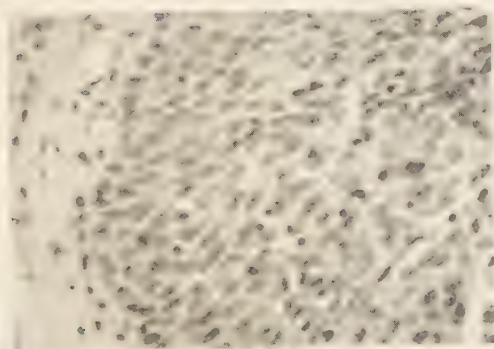
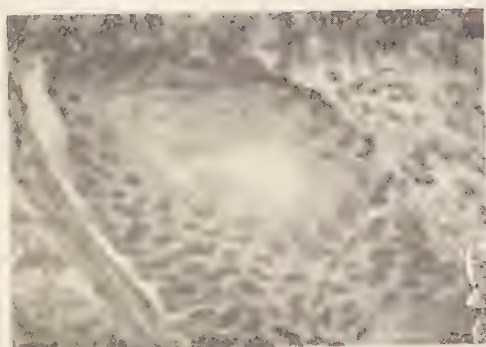
Remarquer les incisures longitudinales des noyaux.
fort grossist.; col. Hématoxyl
Phlox. Safr.

Ilot de Walthard :

(séreuse d'une trompe)

Massif épithélial paramalpighien avec nombreux noyaux en "grains de café"

(fort gross.t col. Hématox.
Phlox. Safr.



ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

-:-

Si l'origine de la tumeur de Brenner demeure encore obscure, sa structure par contre est très bien connue. Retrouvée toujours identique dans les différents exemplaires étudiés, elle permet de faire avec certitude le diagnostic de la tumeur.

I ETUDE MACROSCOPIQUE :

Ainsi que l'a montré R. MEYER, la tumeur de Brenner peut revêtir deux aspects macroscopiques fort différents. Cette formation tumorale apparaît tantôt indépendante de toute autre néoformation, tantôt intégrée dans la paroi d'un kyste mucineux de l'ovaire.

a) VARIETE SOLIDE, INDEPENDANTE :

La tumeur est isolée et se présente sous la forme d'un nodule dur, d'apparence fibreuse développé dans la zone corticale ou dans l'épaisseur de l'ovaire.

Ses dimensions peuvent être très réduites, le nodule ne déformant que très peu la surface de la glande. Le plus souvent, sa taille est plus importante, le parenchyme ovarien est très réduit ou n'est plus reconnaissable et la tumeur atteint les dimensions d'une orange, parfois même d'une tête d'homme.

Sa surface apparaît lisse, régulière, blanc-grisâtre, libre, sans aucune adhérence aux organes voisins.

A la section, sa consistance est dure, le

couteau rencontre souvent de petites concrétions calcifiées. La tranche est blanchâtre, homogène, de structure fibreuse.

Cependant, un examen attentif, à la loupe de préférence, montre généralement de petites cavités arrondies remplies d'un liquide incolore.

L'aspect réalisé est donc très comparable à celui d'un fibrome ovarien dont, il n'est pas possible de la distinguer à l'oeil nu.

On notera parfois la présence d'une ascite comme il est commun d'en observer dans les tumeurs ovariennes sans que cela constitue un indice de malignité pour cette tumeur dont la morphologie extérieure est celle d'une tumeur bénigne.

b) VARIÉTÉ NODULAIRE, INCLUSE DANS UN KYSTE MUCOÏDE.

La tumeur enchassée dans un kyste pseudo-mucineux uni ou multiloculaire se présente sous forme d'un nodule de dimensions en général très modérées, saillant dans l'une des logettes du kyste ou dans la cavité principale.

Sa consistance solide, sa surface lisse et sa dureté sont les éléments qui retiennent l'attention sur cette petite tumeur qui peut facilement échapper à un examen superficiel surtout dans les cas fréquents de kystes mucoïdes à poches multiples.

Cette considération doit inciter à pratiquer soi-même les prélèvements sur les pièces opératoires, en connaissance de cause.

Le kyste mucoïde ne revêt aucun aspect spécial et la tumeur de Brenner se présente avec les mêmes caractères que dans sa variété précédente.

Cependant, on peut, dans cette variété trouver une tranche de section plus cribriforme que précédemment, quelquefois même des kystes relativement volumineux peuvent s'être développés au sein même du néoplasme. Nous verrons ultérieurement s'il y a lieu ou non d'admettre une filiation directe de la tumeur de Brenner et du kyste mucoïde ou s'il ne faut voir là qu'une simple coexistence, à vrai dire bien fréquente.

Notre observation rentre dans cette variété tumorale.

Tels sont les aspects macroscopiques que peut revêtir la tumeur de Brenner. Nous allons voir que sous cette dualité morphologique se cache une unité de structure qui confère à ces tumeurs leur individualité.

II ETUDE MICROSCOPIQUE :

La tumeur de Brenner est une tumeur de structure mixte fibro-épithéliale. Elle comprend en effet deux sortes de tissus nettement individualisés.

a) un tissu de fond, qui n'est autre qu'un feutrage conjonctif très dense et dans lequel se trouvent dispersés

b) des cordons ou des massifs épithéliaux pleins ou parfois cavitaires.

a) LE TISSU FIBREUX : est un tissu conjonctif très compact de structure fasciculée dans lequel on rencontre des trousseaux de fibrocytes adultes à noyaux allongés et effilés fortement chromatiques, séparés par des bandes collagènes plus ou moins épaisses selon les régions.

En certains points, le contingent fibrocytique est très dense, les faisceaux cellulaires

très onduleux, la substance fondamentale peu développée ; le tout rappelle d'une façon très exacte le stroma sarcomatoïde du cortex ovarien et doit même lui être assimilé en tous points.

Il s'agit donc là d'une structure parfaitement organoïde du tissu conjonctif. Dans les régions plus profondes et au centre de la tumeur les cellules se font plus rares et les faisceaux collagènes deviennent très épais. On note même en bien des points des métamorphoses de la substance fondamentale et tout particulièrement des métamorphoses hyalins.

En réalité, il ne saurait s'agir là d'une dualité structurale mais plutôt de modifications survenues sous l'influence de perturbations vasculaires et nutritives comme on en observe en beaucoup d'occasions. Autour des cordons ou des massifs épithéliaux, le stroma se condense et forme une véritable gaine hyaline plus ou moins épaisse qui, sur les colorations au bleu de toluidine, présente parfois un certain degré de métachromasie.

La grande majorité des auteurs n'ont jamais trouvé de fibres musculaires lisses sur leurs préparations. VARANGOT puis LABATUT soulignent que seuls WALLART et SCHEIDEGGER en ont signalé l'existence. Ces auteurs ont remarqué "à différents endroits de leurs coupes d'indiscutables fibres musculaires lisses qui se trouvaient surtout à la périphérie des inclusions épithéliales où elles formaient parfois de vraies gaines".

Nous-mêmes avons rencontré quelques fibres musculaires lisses, isolées dans la partie profonde de notre tumeur.

La vascularisation est dans l'ensemble assez pauvre, mais on ne relève pas habituellement

de modification des parois vasculaires. Cette vascularisation médiocre rend certainement compte des altérations du tissu conjonctif mentionnées ci-dessus et aussi des nombreuses plages de calcification qu'il est presque de règle d'observer dans de semblables tumeurs. Nous remarquerons, d'ailleurs que, dans notre cas, les dépôts calcaires nombreux se situaient de préférence au voisinage immédiat de petits îlots épithéliaux et parfois même à leur place.

b) LES FORMATIONS EPITHELIALES : Elles dessinent des cordons irréguliers d'épaisseur et de dimensions très variables, capricieusement anastomosés dans toutes les directions. Sous certaines incidences de coupe, les groupements épithéliaux apparaissent sous forme de massifs arrondis ou ovoïdes, certains de très petite taille, d'autres au contraire volumineux. Cordons ou massifs sont nettement séparés du stroma par une condensation de celui-ci ou par l'étui hyalin dont nous avons parlé plus haut. Les cellules les plus périphériques prennent volontiers une disposition cubique ou cylindrique et s'implantent à peu près perpendiculairement sur cette épaisse "membrana propria" ; on n'y rencontre pas de figure de mitose.

Les autres éléments sont représentés par des cellules de taille moyenne, régulières, tassées les unes contre les autres, parfois polygonales par pressions réciproques, à contour net, mais habituellement dépourvues de filaments d'union. Dans certains massifs particulièrement épais, les cellules centrales ont quelquefois tendance à s'aplatir et à esquisser des images un peu tourbillonnantes. Le cytoplasme est clair, faiblement éosinophile, parfois très finement granuleux et dans certains cas on peut y mettre en évidence une petite quantité de glycogène. La zone périnucléaire est habituellement marquée par un halo moins colorable.

Les noyaux sont ovoïdes, réguliers, limités par une membrane très marquée. La chromatine est finement répartie, poussiéreuse. On rencontre un ou deux nucléoles bien mis en évidence sur les colorations à l'hématoxyline ferrique de Heidenhain. Cet aspect ovalaire des noyaux est un caractère constant et très particulier. Un autre trait caractéristique, retiré de l'observation attentive, est fourni par l'existence d'une strie verticale dirigée suivant le grand axe du noyau ; elle lui donne un aspect très spécial comparé par beaucoup d'auteurs à un grain de café. Ces noyaux à fente longitudinale sont toujours très fréquents et, à fort grossissement, on en trouve au moins cinq à dix par champ. Ils ont été signalés depuis longtemps par P. MASSON, puis par VARANGOT (1938), DANFORTH (1942), AREY (1943) et tous les auteurs. Il est assez difficile d'interpréter avec certitude cette structure nucléaire. La première idée qui vient à l'esprit est qu'il s'agit là de la préparation d'une amitose. C'est en effet l'opinion de beaucoup d'auteurs (MASSON ; VARANGOT). Toutefois, la fréquence avec laquelle on rencontre ces noyaux en grain de café impliquerait dès lors une intense activité multiplicatrice de cellules. Or, il semble au contraire que nous ayons affaire à des néoplasmes très quiescents dont on s'expliquerait mal la fertilité amitotique.

Nous verrons ultérieurement que cette structure semble plutôt correspondre à une manière d'être et qu'elle se rencontre dans un certain nombre d'épithéliums normaux ou pathologiques ayant une origine embryologique identique ou voisine.

A côté de ces cordons ou massifs pleins, on rencontre des formations épithéliales au sein desquelles se sont creusées une ou plusieurs petites cavités glanduliformes arrondies, généralement excentriques. Ce sont ces aspects qui

ont été la source des interprétations premières. On ne peut, en effet, manquer d'être frappé par la similitude que présentent ces plages à petites cellules creusées d'une ou deux cavités avec les corpuscules de Call-Exner que l'on trouve dans les granulosa d'ovaires par ailleurs normaux et qui représentent un aspect caractéristique des tumeurs folliculaires. Autour de ces cavités, les cellules adoptent une morphologie différente et subissent une métamorphose qui les transforme en éléments cubiques ou cylindriques. Les cytoplasmes deviennent plus clairs, prenant des caractères manifestement sécrétoires. Les colorations histochimiques comme le mucicarmin et la méthode P.A.S. de HOTCHKISS et MAC MANUS, permettent d'y détecter la présence d'une petite sécrétion mucineuse. Le mucus élaboré par ces éléments marginaux est déversé dans la cavité antrale où l'on peut le colorer et où il forme souvent de petites boules fortement acidophiles. D'ailleurs les mêmes méthodes de coloration révèlent parfois la présence d'une petite sécrétion sporadique dans l'une ou quelques unes des cellules paramalpighiennes des massifs. Ces faits ne sont pas sans évoquer pour nous ce que l'on observe dans les muqueuses d'origine wolffienne dont on connaît, par ailleurs, la plasticité et les faciles inflexions métaplasiques.

De fait, il a été signalé (P. MASSON) la possibilité d'évolution franchement para-malpighienne au sein des îlots épithéliaux avec différenciation de tonofibrille.

Assez souvent, les cavités glanduliformes creusées dans les massifs para-malpighiens peuvent se dilater et acquérir ainsi des dimensions notables ne laissant entre elles que quelques petites plages de cellules polygonales. Il y a plus encore puisqu'on peut voir, comme dans notre observation, des cavités

glandulaires isolées, enchassées dans le stroma fibreux de la tumeur. Si ces derniers aspects sont très développés, on conçoit les difficultés de diagnostic qui peuvent alors surgir. Mais dans une tumeur de Brenner authentique on rencontre toujours, sur l'une ou l'autre des préparations effectuées, les groupements para-malpighiens qui permettent d'éliminer toute idée de métastase épithéliomateuse en établissant la véritable signification des structures observées.

Dans le cas où la tumeur de Brenner se trouve incluse dans la paroi d'un kyste mucoïde, ce dernier ne présente pas de caractères spéciaux. Néanmoins, deux éventualités doivent être signalées de façon à pouvoir interpréter les rapports éventuels du kyste et de la tumeur.

Dans un premier cas, la tumeur de Brenner coexiste avec un entérokystome typique généralement multiloculaire. Les cellules bordant les cavités sont cylindriques hautes, pourvues d'un noyau allongé et basal, d'un cytoplasme vacuolaire à calice ouvert ou fermé. Ces éléments sont doués d'une mucocrinie importante. Si l'on traite les préparations, comme l'a montré P. MASSON, par l'hydroxyde d'argent ammoniacal sans l'intervention d'un réducteur, on met en évidence un certain nombre de cellules de KULTCHISKY.

On sait à l'heure actuelle que le produit argentaffine élaboré par ces cellules correspond à la 5-hydroxytryptamine. Ces caractères histologiques permettent sans aucun doute de considérer ce kyste mucoïde comme un dysembryome ovarien à revêtement sûrement entoblastique.

Dans un deuxième cas, la recherche (minutieuse et portant sur de nombreuses préparations) des cellules argentaffines dans le kyste demeure négative. On peut alors se demander s'il n'existe

pas une filiation réelle entre les deux néoplasmes et plus particulièrement si le kyste ne naît pas de la tumeur de Brenner par l'intermédiaire des cavités glandulaires dont nous connaissons l'existence au sein des amas paramalpighiens ou dans le stroma fibreux.

Ainsi apparaît l'image qui permet d'identifier avec certitude la tumeur décrite par BRENNER.

Son diagnostic différentiel n'est habituellement pas à envisager, sauf dans les cas où l'examen des premières coupes montre un faciès essentiellement glanduliforme. Soulignons encore que l'examen d'autres préparations permettra toujours de rencontrer des zones typiques.

Parfois, le fait que l'épithélium cylindrique bordant la cavité tubulaire repose sur un massif franchement para-malpighien incite à rechercher des aspects plus évocateurs par la pratique d'autres coupes.

La distinction avec les tumeurs de la granulosa ne pose pas de difficulté car les aspects sont très différents quelle que soit la variété de folliculome auquel on a affaire. D'ailleurs, la mise en évidence d'une fonction mucipare, par les techniques appropriées, permettrait de lever tous les doutes.

HISTOGENESE

-:-

Malgré les nombreuses hypothèses émises pour tenter d'expliquer l'histogenèse de la tumeur de Brenner, ce problème reste encore incomplètement élucidé.

Il est évident que si l'on en tient à des analogies purement morphologiques, les îlots épithéliaux de la tumeur de Brenner simulent de façon troublante certains îlots épithéliaux vestigiaux décrits autrefois par WALTHARD et que l'on rencontre fréquemment en divers points du tractus génital. C'est cette similitude qui a amené la majorité des auteurs à assigner à la tumeur de Brenner une origine dysembryoplasique par prolifération de reliquats épithéliaux.

Les conceptions dysembryoplasiques ont donné lieu à plusieurs théories dont la première, et l'une des principales, a été présentée par R. MEYER en 1932.

Pour cet auteur, il est indubitable que îlots épithéliaux brennériens et îlots résiduels de WALTHARD sont une seule et même chose.

En 1903, WALTHARD décrit dans la corticale d'ovaires de nouveau-nés la présence de formations épithéliales incluses dans le stroma ovarien ; il leur donne le nom de "GRANULOSAZELLHERDE". Celles-ci disparaissent, d'après l'auteur, vers l'âge d'un an ; elles sont alors envahies par une prolifération conjonctive (mécanisme qui n'est pas sans analogie avec l'atrésie folliculaire). Ces îlots sont constitués par un amas de cellules ovoïdes ou polygonales dont les noyaux oblongs, à chromatine claire, présentent très

souvent une fente longitudinale.

Soulignons dès à présent que les méthodes qui permettent de mettre en évidence la réticuline montrent l'absence de pénétration des fibres argyrophiles au sein de ces nids cellulaires.

Cet auteur, se fondant sur l'étude des glandes bien fixées qu'il avait à sa disposition, signale la possibilité de zones de dégénérescence parmi les cellules centro-nodulaires aboutissant à la formation de petites cavités dénommées par lui "epithelvacuoles" et qu'il compare aux corps de CALL-EXNER creusés dans la granulosa.

Après lui, de nombreux auteurs découvrent l'existence de ces petits amas de cellules de type transitionnel, non seulement à la surface de l'ovaire mais également sous le revêtement séreux des trompes à tous les niveaux ; bref, partout où les organes reconnaissent une origine mullérienne. Il semblerait donc que l'épithélium mullérien ou ses résidus aient une aptitude toute particulière à subir la métaplasie transitionnelle, la filiation étant prouvée par cet aspect lui-même et l'existence des fentes longitudinales des noyaux. Or, on sait avec quelle fréquence se rencontrent les restes embryologiques dans cette région tubo-ovarienne soumise lors de l'organogénèse à des remaniements complexes. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que quelques-uns de ces vestiges mullériens demeurent inclus dans la glande ovarienne ; ils restent quiescents ou s'accroissent lentement et silencieusement pour ne signaler leur présence qu'après avoir acquis un certain volume donnant lieu alors à une symptomatologie d'emprunt : jamais, en effet, l'épithélium mullérien ne participe à l'édification de structure endocrinienne. Les tumeurs auxquelles il donne naissance n'auront donc pour se manifester que les troubles liés à leur volume.

Une observation récente, due à KARPE-BLACK et SPEER (1952), semblerait apporter une preuve à la théorie de MEYER, tout en élargissant son cadre. Ces auteurs rapportent le cas d'une femme de 38 ans venue consulter pour des métrorragies et dont la biopsie d'endomètre montre l'existence d'un adénoacanthome. Sur la foi de ce diagnostic une hystérectomie est pratiquée et permet aux auteurs de découvrir dans l'un des ovaires, implantée sur la paroi d'un kyste séreux, une tumeur de Brenner typique. Cette découverte les amène à réviser leur diagnostic antérieur et ils font alors des images décrites par eux comme un adénoacanthome une authentique tumeur de Brenner intra-utérine. Cette observation est la seule, à notre connaissance, qui fasse état d'une tumeur de Brenner extra-ovarienne.

Surprenant à première vue, le diagnostic avancé par ces auteurs n'en est pas moins acceptable et les documents reproduits dans leur article peuvent paraître assez convaincants.

D'un point de vue général, cette observation a le mérite de souligner que partout où se trouve un épithélium mullérien peut se développer par métaplasie une tumeur de Brenner.

Ce fait a également l'intérêt de montrer que la dysembryoplasie n'est peut-être pas tout et que la métaplasie, survenant sous l'influence de causes diverses, peut certainement jouer un rôle identique pour aboutir à des structures tumorales eutopiques.

D'ailleurs, il faut bien reconnaître que R. MEYER admettait que toutes les tumeurs de Brenner pouvaient ne pas venir d'îlots de Walthard, et que, d'autre part, on n'en rencontre pas le long de la trompe. L'autre origine possible pour cet auteur était tératomateuse, la tumeur se formant au cours de la vie embryonnaire et se manifestant tardivement.

En effet, une autre conception est née, soutenue en particulier par PLAUT (1933) qui, à propos de ses observations, considère que la tumeur de Brenner fait partie d'un dysembryome en quelque sorte simplifié. Cet auteur apporte à l'appui de son idée le poids d'une observation privilégiée dans laquelle il décrit une tumeur bilatérale des ovaires de nature manifestement embryonnaire. L'un de ces ovaires renferme une tumeur de la granulosa, l'autre présente un goitre associé à une tumeur de Brenner. Nous avons donc là un élément qui permet d'accorder un certain crédit à l'hypothèse de la formation de la tumeur de Brenner au cours de la vie embryonnaire. Peut-être certains de ces néoplasmes ne sont-ils que les seuls vestiges persistants d'un dysembryome dont tous les autres tissus auraient régressé et disparu au cours de la vie. La plupart des observations de la littérature, de même que la nôtre, soulignent en effet la découverte tardive de ces tumeurs chez des femmes ayant dépassé la ménopause.

En 1934, W. SCHILLER décrit une tumeur de Brenner de dimension modérée et développée au niveau de la région hilaire de l'ovaire. Cet auteur pense avoir trouvé une continuité entre les tubes résiduels d'origine wolfienne du rete ovarii et les nodules épithéliaux de la tumeur. Or, l'on sait que, d'après les travaux de KOLLICKER, la région du hile présente une origine wolfienne. Avec une grande fréquence, on y rencontre, dans les ovaires normaux, des formations tubulées plus ou moins nombreuses, bordées par un épithélium cubique, qui représentent les vestiges des tissus d'origine wolfienne.

Par ailleurs, l'étude des muqueuses dont l'origine embryologique est aussi wolfienne permet de trouver plus d'un point de ressemblance avec le contingent épithélial des tumeurs de Brenner.

Il convient de rappeler à ce propos la plasticité toute particulière des épithéliums wolffiens telle qu'elle ressort, par exemple, de l'étude du bourgeon urétéral. D'abord cylindrique, l'épithélium subit ensuite une métaplasie qui le transforme en un revêtement pavimenteux stratifié, dont la physionomie est bien spéciale et qui, ultérieurement, se perfectionne par l'apparition de certaines différenciations, en particulier les cellules cuticulaires superficielles à charge lipoïdique. Cet épithélium qui, dans des conditions normales ressemble à un épithélium malpighien, mais auquel manquent les filaments d'union et la maturation épidermoïde, a été dénommé à juste raison par MULLER épithélium para-malpighien. Les auteurs anglo-saxons lui donnent habituellement le nom de "transitional epithelium". Or, il se trouve que nous rencontrons réunis dans les formations insulaires des tumeurs de Brenner, les caractères de cet épithélium wolfien : plages para-malpighiennes massives, tubes à revêtement cylindrique et même formations de type glandulaire où l'épithélium cylindrique repose en un point sur une assise épithéliale métaplasique d'origine para-malpighienne. Il ne peut s'agir là d'une simple métamorphose, puisque, et nous l'avons nous-même vérifié dans notre observation, les cellules cylindriques manifestent une authentique mucocrinie.

Un autre caractère de grande importance vient encore compléter l'analogie morphologique : c'est l'existence dans ces épithéliums d'origine wolfienne, de noyaux à fissure longitudinale auxquels on donne le nom de noyaux en grain de café. Nous avons déjà vu l'importance que la plupart des auteurs attachent à cette caractéristique nucléaire dans l'épithélium brennérien (DANFORTH - AREY - VARANGOT, etc....)

Si dans la muqueuse du bassinot on compte généralement, aux forts grossissements, un à deux noyaux fissurés par champ, dans la vessie leur nombre oscille souvent entre dix et quinze (S. LAUZET) ; la proportion dans ce dernier organe serait même supérieure à celle rencontrée habituellement dans les tumeurs de Brenner (cinq à dix par champ). Ce serait cependant au niveau de l'urètre prostatique que l'analogie serait la plus frappante puisque les glandes de VON BRUNN sont également des massifs para-malpighiens souvent creusés de petites cavités renfermant une boule de matériel P.A.S. positif.

Tous ces faits semblent donc, malgré l'opinion de NOVAK, venir étayer solidement l'hypothèse soulevée par SCHILLER d'une origine mésonephrotique.

Cette théorie permettrait d'ailleurs de comprendre les aspects mixtes souvent réalisés où les tumeurs de Brenner sont rencontrées dans des kystes pseudo-mucineux. Ces derniers ne peuvent assurément être tous rangés sous l'étiquette de tumeur wolffienne. La plupart, en effet, comme l'a bien montré MASSON revenant sur sa conception première ont une toute autre origine et doivent sans conteste être classés comme dysembryomes ovarien. Cet auteur a décrit la présence de cellules argentaffines (découvertes parfois après une recherche laborieuse) établissant indubitablement, semble-t-il, l'origine entodermique de ces tumeurs auxquelles le meilleur terme à appliquer est, dès lors, celui d'entérokystome.

Il n'en demeure pas moins qu'il existe quelques kystes ovariens d'origine wolffienne dans lesquels les cellules glandulaires manquent et où abondent les foyers de métaplasie malpighienne.

Il serait intéressant de savoir si les caractères histologiques de tous les kystes comportant une tumeur de Brenner permettent de les ranger dans les formations entodermiques ou wolffiennes. Malheureusement, nous n'avons trouvé dans aucune des observations publiées à notre disposition mention de ce caractère qui nous paraît important et mériterait de faire l'objet de recherches ultérieures. Pour notre part, nous avons appliqué à notre cas les méthodes de recherche des cellules argentaffines. Sur les nombreuses coupes examinées, portant en plusieurs points de la paroi du kyste muqueux, nous n'avons rencontré aucun élément argento-réducteur.

Dans le cas où le kyste serait de nature wolffienne une origine commune, peut-être même une unité lésionnelle totale, pourrait être reconnue aux deux néoplasmes : kyste et tumeur de Brenner.

Les différentes théories que nous venons d'étudier présentent donc le caractère commun de considérer la tumeur de Brenner comme une formation née d'éléments vestigiaux ou par mécanisme dysembryoplasique. Une troisième hypothèse peut être envisagée : elle met à l'origine des tumeurs de Brenner l'épithélium germinatif de l'ovaire.

Déjà en 1932, MEYER avait entrevu une origine germinative pour certaines tumeurs.

En 1936, MEEKER montre par des coupes sériées qu'il existe une continuité entre les éléments tumoraux et l'épithélium de revêtement ovarien.

GARDNER et BEN PECKMANN en 1939, étudient une petite tumeur de Brenner située dans la

partie superficielle du cortex ovarien et montrent, sur de nombreuses coupes, une relation entre l'épithélium de la surface et celui des îlots du néoplasme.

La même constatation est rapportée par PLAUT en 1943. L'année suivante AREY, examinant deux petites tumeurs de Brenner, croit apercevoir une continuité entre des zones épaissies de l'épithélium germinatif et les cordons épithéliaux tumoraux.

REAGEN établit l'origine de la tumeur à partir d'inclusions superficielles de WALTHARD qui, à son avis, dérivent de la couche cellulaire superficielle de l'ovaire.

Cependant, si pour tous ces auteurs, l'origine de la partie épithéliale est bien l'épithélium germinatif ovarien, le mécanisme invoqué n'est pas le même.

Certains se contentent de mentionner le fait. D'autres (REAGEN, VON SZATHMARY, HELD) pensent que la tumeur est bien dysembryoplasique mais que les îlots vestigiaires lui donnant naissance sont de nature germinative.

PLAUT, au contraire, est le premier à penser que le néoplasme peut se développer par inclusion de l'épithélium germinatif et ceci pendant la vie adulte sans faire appel à un mécanisme dysembryoplasique. Cette idée ne peut manquer de frapper lorsque l'on sait la fréquence avec laquelle on observe de profondes invaginations de l'épithélium ovarien à l'intérieur du cortex. Ces incisures qui donnent à la glande un aspect ridé peuvent aisément perdre toute continuité avec la surface ; ainsi se forment de petites cavités pseudo-glandulaires ou quelquefois kystiques qui ont été à l'origine de bien des erreurs de diagnostic. Souvent ces petites formations pseudo-glandulaires ont été décrites

comme des îlots d'endométriiose. En fait, une telle interprétation ne se justifie pas en l'absence de différenciation cytogène péritubulaire. La nature exacte de ces petites cavités peut être rapportée à sa véritable cause par l'examen de coupes nombreuses, au besoin sériées et par la connaissance de ces faits.

L'épithélium qui tapisse ces tubes présente les caractères de l'épithélium germinatif, il est unistratifié, cubique, un nombre plus ou moins important de cellules offrent une différenciation ciliée apicale.

Ces ovaires ridés se rencontrent fréquemment après la ménopause mais ils se voient également en période d'activité génitale. On sait qu'il n'est pas rare de trouver chez des femmes encore jeunes de gros ovaires à surface godronnée. Parfois même, les cellules, aussi bien de la surface que des revêtements des petits kystes corticaux, renferment des noyaux à incisures longitudinales.

Il est donc permis de penser que de telles invaginations, se produisant à la suite de processus inflammatoires atténués ou anciens, ou bien survenant au cours d'état dystrophique de la glande, sont capables de donner naissance à des inclusions corticales qui pourront être à l'origine des formations brennériennes. Evidemment, les îlots typiquement brennériens ne se constitueraient que par l'intervention d'une métaplasie. Celle-ci ne saurait surprendre lorsqu'on se rappelle les inflexions morphologiques nombreuses qu'est susceptible de présenter l'épithélium coelomique. En effet, le revêtement épithélial de l'ovaire n'est pas autre chose qu'un film cellulaire de nature mésothéliale.

L'étude des tumeurs nées du même mésothélium non plus de la surface ovarienne mais du revê-

tement des grandes cavités séreuses, nous montre les multiples potentialités morphologiques dont est doué ce revêtement. Ce polymorphisme est la cause de l'extrême confusion qui règne dans le domaine de ces tumeurs et demeure une gêne sérieuse dans leur identification (différenciation glanduliforme avec formation de rosettes renfermant du mucus. Différenciation conjonctive, etc...)

D'ailleurs, s'il est vrai que l'épithélium coelomique peut à lui seul engendrer par métaplasie des îlots para-malpighiens, nous ne devons pas nous étonner de pouvoir rencontrer ceux-ci non seulement à la surface de l'ovaire, mais le long des trompes, parfois même en dehors de la sphère génitale. P. MASSON n'a-t-il pas signalé avoir rencontré un véritable îlot de WALTHARD sous la séreuse de l'intestin grêle siège d'une inflammation chronique, au voisinage d'un cancer.

Ce problème, à vrai dire, nous paraît très proche de celui de l'endométriase dont on sait également les localisations multiples, déroulantes, difficilement explicables en totalité par de simples migrations ou greffes d'endomètre.

Si l'hypothèse de l'origine germinative des îlots épithéliaux de la tumeur peut être retenue, on voit qu'en dernière analyse, ce n'est pas une différence de nature mais une différence de qualité qui sépare les îlots de Brenner des tumeurs de la granulosa.

La différence pourtant réelle et profonde aussi bien sur le plan clinique qu'anatomique et évolutif repose sur des différenciations d'éléments ayant en fait la même souche. Nous ne croyons pas que ce soit là une raison suffisante pour rapprocher ces deux tumeurs, ni pour penser que la tumeur de Brenner est une tumeur

d'essence folliculaire. Il ne nous paraît pas y avoir de confusion possible entre les boules hyalines P.A.S. positives et une cellule, en l'occurrence un ovocyte (LABATUT). D'ailleurs, la condensation collagène péri-insulaire ou la densification du réseau de réticuline autour des massifs épithéliaux tel que nous l'avons mis en évidence sur nos préparations par la méthode de LAIDLAW, nous semble fort différente et nullement assimilable à une différenciation thécale.

Nous venons d'envisager les diverses théories successivement émises pour expliquer l'histogénèse de la tumeur de Brenner. Nous avons pu nous rendre compte chemin faisant qu'il n'en est aucune que l'on puisse rejeter d'une façon formelle tout au moins en l'envisageant comme nous l'avons fait sous l'angle le plus large. Serait-ce à dire comme certains auteurs (GREENE et avant lui SCHILLER) que toutes les tumeurs de Brenner n'ont pas la même origine et que d'après leur structure anatomo-pathologique on puisse valablement en distinguer plusieurs catégories ?

GREENE en effet en différencie quatre variétés :

1° Les tumeurs d'origine wolfienne caractérisées par de nombreux tubes donnant l'impression d'une masse pluri-microkystique avec particulière abondance de mucus.

2° Les tumeurs nées du stroma, de consistance fibreuse dans lesquelles les fibres de réticuline pénètrent dans les petits îlots et où l'on peut noter des images de transition entre stroma et cellules épithéliales.

3° Les tumeurs d'origine germinative petites, de consistance solide, sans dépôt calcaire, sans kyste, sans fibre musculaire ayant comme

siège de prédilection le cortex ovarien.

4° Les tumeurs associées à un cystadénome pseudo-mucineux à structure cordonale anastomotique sans pénétration de la réticuline dans les îlots épithéliaux et où le stroma n'aurait pas l'apparence fibromateuse des autres types.

A la vérité, si intéressant que soit cet effort de classification fondée en partie sur l'étude du réseau de réticuline, il nous semble bien schématique et il peut paraître difficile de trouver dans une même tumeur tous les caractères réunis qui amènent à la ranger dans un groupe plutôt que dans un autre.

Rien ne s'oppose à ce que toutes les tumeurs de Brenner n'aient pas une origine univoque. Tout revient à savoir en dernière analyse quelle est l'origine des îlots de WALTHARD qui indubitablement, présentent une analogie évidente avec les îlots brennériens. Les atteintes inflammatoires fréquentes peuvent facilement rendre compte des phénomènes d'infoliation germinative. Or, un épithélium qui ne se trouve plus dans son contexte habituel et dont les fonctions par conséquent changent, subit très volontiers une métaplasie. L'influence des conditions locales, métaboliques, circulatoires, nerveuses ou autres et les modifications du contexte tissulaire interviennent sans doute pour une part très importante dans le déterminisme de ces métaplasies. On sait, en effet, que longtemps le dogme de la spécificité cellulaire a régné en maître après les travaux de CONHEIM et BARD. Toute métaplasie était considérée comme une hétérotopie et comme d'origine dysembryoplasique. Les travaux modernes et de récentes constatations expérimentales (DELARUE) sont venus définitivement ruiner cette conception. A l'heure actuelle, la spécificité cellulaire, si tant est qu'elle existe, ne saurait être considérée dans le cadre étroit

que lui assignaient les auteurs classiques. Sous l'influence de causes loco-régionales ou de phénomènes généraux, sans doute multiples et intriqués, peuvent se former des édifices tissulaires dont la situation en apparence illogique trouve cependant une explication relativement simple. La constatation par P. MASSON d'une formation de WALTARD hors de la sphère génitale, sous la séreuse intestinale, démontre l'origine péritonéale de ces formations. La même séreuse coelomique qui revêt ovaire et trompe peut donner les mêmes îlots. Sous l'angle embryologique l'origine en est toujours coelomique, et ceci sert de point commun aux différentes localisations observées.

Nous avons déjà signalé le parallèle que l'on pouvait établir entre ces faits et le problème de l'endométriase. Pour expliquer cette dernière affection et rendre compte de ses multiples localisations possibles, plusieurs théories ont été avancées dont chacune renferme peut-être une part de vérité et s'applique à certains cas : à la théorie dysembryoplasique de VON RICKLINGHAUSEN actuellement abandonnée, ont fait suite les hypothèses métastatiques ou migratrices soutenues surtout par SAMPSON (1924), HALBAN et GRICOUROFF (1936), BROCCQ et VARANGOT (1939). Pour OBERLING et HICKEL, la genèse des foyers d'endométriase doit être recherchée dans des métaplasies de l'épithélium péritonéal au fond d'infoliations. Les caractères organoïdes conférant sa structure spécifique à la lésion surviendraient sous l'influence de causes générales ou loco-régionales, hormonales en particulier.

Dans le domaine des tumeurs de Brenner, le contingent épithélial serait ainsi de même nature que les glandes de l'endométriome ; le chorion cytogène n'apparaît pas, mais un tissu fibreux dense, parcouru d'un riche réseau réticulinique enserre les îlots épithéliaux.

Une certaine analogie peut donc être établie mutatis mutandis, avec l'endométriase, tout au moins sur le plan de la pathologie générale.

Dans notre observation, l'ovaire non tumoral présentait un cortex criblé de nombreuses petites cavités revêtues par un épithélium à cellules parfois ciliées et d'origine évidemment germinative. Beaucoup plus développées et beaucoup plus nombreuses qu'elles ne sont habituellement rencontrées, ces cavités témoignent d'une dystrophie ovarienne qui, au niveau de l'autre ovaire, avait acquis des proportions tumorales.

En définitive, il nous semble que la plupart des idées émises au sujet de la genèse des tumeurs de Brenner se rejoignent lorsqu'en élargissant le débat, on l'élève sur le plan de la pathologie générale.

CARACTERES CLINIQUES ET EVOLUTIFS

-:-

La tumeur de Brenner se rencontre le plus souvent à l'époque de la ménopause ou, plus encore, après celle-ci. Beaucoup plus rare en pleine période d'activité génitale, elle est exceptionnellement découverte avant la puberté.

Le dépouillement de la littérature actuelle ne fait que confirmer les données des 95 observations étudiées par VARANGOT en 1938.

I % des tumeurs de Brenner ont été découvertes
avant 20 ans.

4 %	"	"	de 20 à 30 ans
12 %	"	"	de 31 à 40 ans
28 %	"	"	de 41 à 50 ans
55 %	"	"	au-delà de 50 ans.

Mais un des caractères de cette tumeur étant de s'accroître très lentement et de rester très longtemps muette, il est probable que le début de son existence se situe de nombreuses années avant sa découverte.

Ainsi s'expliquerait l'époque tardive à laquelle on la diagnostique le plus souvent. (la ménopause n'ayant vraisemblablement aucune influence sur le développement de cette tumeur).

Lorsque la tumeur de Brenner apparaît indépendante de toute autre néoformation, sa taille est variable, le plus souvent modérée, allant de celle d'une mandarine à une tête d'adulte, parfois plus grosse (8 kg,700 dans le cas d' AVERBACH, 1957). En général, elle est unilatérale, rarement bilatérale (MAURY, 1934), JOHNSON (1945), PECK (1952).

Lorsqu'elle fait partie d'un kyste pseudo-mucineux de l'ovaire (30 % des cas) la tumeur reste petite et le kyste assez gros, parfois volumineux (14 litres dans une observation).

Elle peut alors facilement échapper à une observation rapide de la pièce opératoire. Ceci explique peut-être la plus grande fréquence des formes tumorales pures et, en tous cas, empêche d'être formel vis-à-vis de leur pourcentage réel.

Enfin, très exceptionnel, KARPE-BLAKE et SPEER (1952) ont décrit un cas de tumeur de Brenner intra-utérine. Nous aurons l'occasion de revenir plus longuement sur cette observation.

D'autre part, la tumeur peut se développer aux dépens d'ovaires aberrants. S.B. HERD le fait remarquer à propos de la publication de T.G. ROBINSON (1950) : le néoplasme était inclus dans un ligament large, les deux ovaires étant normaux.

Deux faits dominent la symptomatologie de ces tumeurs :

- Beaucoup d'entre elles (plus d'I/3) restent absolument latentes, parfaitement ignorées et bien tolérées. Ce sont de pures trouvailles sur des pièces d'autopsie ou d'intervention chirurgicale pour d'autres lésions.

- Lorsque la tumeur de Brenner se manifeste ce n'est que par des signes d'emprunt, essentiellement dûs à sa taille. En aucun cas, elle ne donne une symptomatologie personnelle.

Parmi les interventions à l'origine de la découverte d'une tumeur de Brenner c'est l'hystérectomie qui tient la première place. Hystérectomie pour fibrome, le plus souvent,

mais aussi pour cancer de l'utérus (EWALD - FREUND) ou pour annexite (WOLFE et KAMINESTER).

Un cas de SCHILLER est associé à un cancer de la trompe. WALLART et SCHEIDEGGER découvrent une tumeur de Brenner au cours d'une cure de prolapsus utérin.

Dans d'autres cas, l'intervention a été motivée par la présence sur l'autre ovaire d'une tumeur volumineuse et histologiquement différente. HERLANT, vérifiant les annexes au cours d'une appendicectomie, a la surprise de trouver une néoplasie ovarienne dont l'examen histologique en fait une tumeur de Brenner.

Trois raisons expliquent le silence clinique de ces tumeurs :

- d'une part la possibilité de ne présenter qu'un faible volume,
- d'autre part, l'absence de retentissement endocrinien,
- enfin leur caractère évolutif bénin.

Envisageons successivement chacun de ces caractères.

Fréquemment, la tumeur est peu développée, ne déformant que faiblement l'ovaire, qui garde des dimensions subnormales. Même un peu plus importante, cette néoplasie peut parfaitement échapper à un examen gynécologique de routine, à plus forte raison s'il s'agit d'une femme à paroi grasse.

Le cas publié par GARDNER et BEN PECKMAN illustre la petitesse possible de cette tumeur. Ces auteurs, coupant en série un ovaire, découvrirent sur un fragment une petite masse qui leur parut être une tumeur de Brenner située dans la région hilare. Cependant, en raison de la taille minime de cette formation,

ils hésitèrent à la ranger dans le groupe des tumeurs de Brenner, songeant à la considérer comme une métaplasie de l'épithélium du rete ovarii.

La deuxième raison de ce silence est l'impossibilité qu'a la tumeur de Brenner de se manifester par une action endocrinienne. En effet, ne sécrétant pas de folliculine, cette tumeur ne peut pas déterminer d'hyperplasie de l'endomètre. De ce fait, elle ne se révèle pas cliniquement par le tableau de la ménopausie hémorragique, comme le font les tumeurs de la granulosa ou de la thèque.

Cependant, dans de nombreuses observations on note que les malades ont été opérées parce qu'elles présentaient des métrorragies. Mais, dans la presque totalité de ces cas, l'intervention a montré qu'il existait des lésions associées expliquant à elles seules les hémorragies.

Dans certains cas, les ovaires étaient polykystiques : kystes folliculaires (ABRAHAM - FOTHERGILL - NEUMANN - ORTHMANN - KLEINE).

ou kystes lutéiniques (FAUVET - PLAUT - STEIN).

Ailleurs, il y avait un fibrome (BREWER et JONES - DELANNOY et BEDRINE - PLAUT - FAUVET - GNASSI - MEYER - SCHILLER) ou un polype intra-utérin (BASSAL et FABRE - BREWER et JONES). Dans d'autres cas, on a trouvé un cancer du corps utérin (BETTINGER - FREUND - VARANGOT) ou encore une rétention placentaire (FLEMMING).

Par contre, dans quelques observations, les hémorragies n'ont pas eu de justification ; mais, comme le fait remarquer VARANGOT, ni la muqueuse utérine, ni l'ovaire opposé n'ont été examinés (FAUVET - FLEMMING - FREUND - SCHIFFMANN - SCHILLER - DE LEMOS).

Dans le cas N° 5 de VON SZATHMARY l'utérus et l'autre ovaire furent examinés histologiquement ; ils étaient atrophiques et, dans ce cas, l'hémorragie n'avait pas pour substratum une hyperplasie de l'endomètre.

L'observation de SIEBKE et WOLFF concernant une femme de 74 ans est la seule qui fasse état de recherches biologiques mettant en évidence de grandes quantités d'hormones mâles et femelles dans les urines. L'examen histologique de l'utérus aurait en outre montré une hyperplasie de l'endomètre. C'est le seul cas qui pourrait faire admettre une activité endocrinienne de la tumeur de Brenner. Mais, comme le souligne VARANGOT, aucune iconographie n'accompagne le texte et surtout les auteurs ne signalent pas si l'ablation de la tumeur fit disparaître les hémorragies : test indispensable pour pouvoir affirmer en toute certitude l'action endocrinienne de la tumeur.

D'autre part, en 1939, CHIRAY - ALBOT et BALNEZ ont publié l'observation d'une femme de 64 ans, chez laquelle l'autopsie révéla l'existence d'une tumeur de Brenner, associée à une cirrhose avec syndrome polyendocrinien déficitaire. En réalité, les auteurs n'établissent aucune relation entre les deux ordres de faits et considèrent que le syndrome endocrinien demeure absolument indépendant de la tumeur de Brenner.

Rien d'ailleurs dans la structure de cette tumeur ne permettrait de comprendre qu'elle ait une fonction endocrine.

Considérons enfin le caractère bénin de cette tumeur. Nous reviendrons en détail sur la discussion de ce trait évolutif mais nous voulons simplement signaler que cette bénignité élimine de sa symptomatologie la possibi-

lité d'être annoncée par des signes propres aux tumeurs malignes. Non pas tant par un amaigrissement, ou un fléchissement de l'état général que par l'apparition d'une métastase révélatrice.

Restent à envisager les signes d'emprunt de la tumeur de Brenner. Seul son volume est responsable de ce cortège symptomatique commun à toutes les tumeurs pelviennes. La tumeur de Brenner "se fait alors remarquer sans toutefois se faire reconnaître".

Sa découverte peut être fortuite au cours d'un examen gynécologique systématique: le toucher vaginal trouve dans un des culs-de-sac latéraux, une masse d'ovale forme, lisse, bien mobilisable, ou une masse kystique, l'une ou l'autre bien indépendante du corps utérin.

Une augmentation progressive ou rapide du volume de l'abdomen, comme ce fut le cas dans notre observation, ou des phénomènes de compression (douleurs et pesanteurs pelviennes, troubles intestinaux et urinaires) peuvent amener à découvrir la tumeur à un stade pelvien ou abdominal.

Il est important de souligner qu'une fois sur dix la tumeur de Brenner s'accompagne d'une ascite (éventualité bien connue au cours de l'évolution des tumeurs de l'ovaire sans que ce soit forcément là un indice de malignité). On a même signalé avec cette tumeur la possibilité d'un syndrome de DEMONS-MEIGS (NOVAK).

Enfin, la tumeur de Brenner peut être le siège de complications mécaniques le plus souvent révélatrices. ABRAHAM, PLAUT, MANDELSTANN rapportent des cas de torsion brutale. SIEGEL (1940) publie un cas où la tumeur a entraîné une dystocie.

En résumé, il ne faut pas s'attendre à ce qu'un ensemble de signes amènent au diagnostic de tumeur de Brenner. Ce néoplasme sera toujours réduit sur le plan clinique à rester anonyme dans le groupe des tumeurs de l'ovaire qui ne se signalent pas par une activité hormonale.

EVOLUTION : Brenner lui-même reconnaît à sa tumeur tous les signes de la bénignité et cette impression est consacrée par l'évolution.

PLAUT intègre même cette notion de bénignité dans la définition qu'il propose "Fibro-épithélioma mucinosum benignum ovarii". Ce caractère ressort avec évidence dans la littérature. Tous les auteurs insistent sur l'absence de croissance extensive de la tumeur, son inaptitude à envahir les organes voisins, sa guérison définitive après ablation ; aucune observation ne signale de récurrence ou de métastase.

Cette notion demeure universellement admise, toutefois, certains travaux modernes amènent peut-être à lui assigner des limites.

En effet, sans parler des observations anciennes de LIEPMANN (1904), TAWILDAROW (1909) BLAND et GOLDSTEIN (1935) qui n'ont jamais été retenues (sortant du cadre des tumeurs qui nous intéressent) certaines publications récentes posent le problème de la malignité de la tumeur de Brenner. DUBRAUSKY (1949), RAWSON (1955), CONILL SERRA (1955) MAC KINLAY (1956) et LIMBURG cité par NOVAK (1958).

Dans l'observation de CONILL SERRA il s'agit d'une femme de 63 ans présentant une tumeur de la fosse iliaque droite avec ascite et, depuis deux semaines, des métrorragies. D'autre part, neuf ans auparavant, cette femme a été opérée d'un cancer du sein gauche.

Une biopsie endo-utérine retire des fragments d'endomètre atrophique et le liquide d'ascite renferme des cellules atypiques. L'intervention découvre une tumeur de l'ovaire droit, très adhérente à la paroi pelvienne et aux gros vaisseaux. Son extirpation est cependant assez facile. La tumeur est de la grosseur d'une mandarine. Elle est solide, ferme et par endroits kystique.

Le diagnostic histologique porté est celui de tumeur de Brenner maligne.

L'impression de malignité était imposée à l'auteur par "un désordre architectural et une profonde atypie des éléments épithéliaux doublés d'une réaction sarcomateuse du stroma".

Ceci nous semble devoir être soumis à critique car la malade avait présenté antérieurement un cancer du sein. On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une forme un peu spéciale de métastase ovarienne de ce carcinome mammaire.

Les mêmes réserves s'imposent, à notre avis, en ce qui concerne l'observation de DUBRAUSKY rapportée par CONILL SERRA : une femme de 69 ans, grande multipare est opérée pour une tumeur de l'ovaire droit ne s'accompagnant ni d'ascite, ni de métrorragie. La tumeur enlevée est libre, mesurant 9 cm x 10 cm x 16 cm. Elle est classée comme tumeur de Brenner maligne. Or, sept ans avant, cette femme a été traitée par radiothérapie pour un cancer du sein que l'auteur considère comme guéri lors de la découverte de la tumeur ovarienne.

On ne peut faire autrement que d'être frappé par la similitude de ces observations.

Le cas de RAWLON est différent. Il s'agit d'une femme de 70 ans souffrant depuis six mois de douleurs pelviennes avec irradiation dans le membre inférieur gauche, chez laquelle le toucher vaginal découvre une masse fixée latérale gauche. L'intervention pratiquée montre une tumeur de l'ovaire gauche qui est enlevée. Il n'y a pas d'autres lésions. La pièce opératoire comprend deux parties. une masse kystique de 8 cm de diamètre à paroi fibreuse, lisse, contenant un liquide clair ; et une portion solide de 5 cm x 4 cm x 4 cm composée de deux nodules fermes et homogènes entre lesquels se trouve une masse charnue, rosée, molle, moins bien limitée que les nodules. Ces derniers gros comme une noix sont bien encapsulés, leur section est blanche et granuleuse. L'un d'eux est inclus dans la paroi du kyste.

L'examen microscopique des nodules en fait une tumeur de Brenner. La masse intermédiaire a un stroma fibreux dans lequel il y a des nids de cellules montrant quelque ressemblance avec celles des tumeurs de Brenner. Il n'y a pas d'aspect en grain de café, mais une tendance à une irrégularité nucléaire et un hyperchromatisme. De rares figures de mitoses sont rencontrées. Sur d'autres coupes, les cellules de ce tissu apparaissent disposées en colonnes étroites, souvent avec une lumière centrale. Le stroma semble envahi par les éléments épithéliaux décrits. Il n'y a aucune invasion de la trompe par la tumeur de l'ovaire.

Les auteurs concluent à une tumeur de Brenner maligne.

Dans les suites opératoires, la malade est soumise à un traitement radiothérapique. Elle est à nouveau hospitalisée quelques mois après la première intervention présentant un tableau de récurrence. Elle meurt peu de temps après malgré de nouvelles séances de R. X.

L'autopsie montre qu'utérus et annexes droites forment une masse de neuf centimètres de diamètre adhérente, envahissant l'intestin et comprimant les uretères. La moitié inférieure de l'utérus et le col sont envahis par la tumeur. Dans l'ovaire droit il y a un kyste contenant un liquide sanglant. Les reins sont hydronéphrotiques et le cortex rénal gauche présente une petite surface indurée et irrégulière.

La masse tumorale a le même aspect histologique que la lésion maligne de l'opération. Ovaire droit, utérus (col et corps), vagin, intestin et rectum sont envahis. Seule la trompe droite est indemne.

La coupe du rein gauche montre une tumeur envahissant le parenchyme rénal.

D'après les documents anatomiques présentés par ces auteurs, on peut se demander si réellement c'est la tumeur de Brenner qui est responsable de la diffusion carcinomateuse observée localement et à distance par extension lymphatique. RAWSON et HELMAN soulignent eux-mêmes qu'au niveau de l'ovaire une tumeur de Brenner authentique coexistait avec les formations tumorales et en restait très nettement distincte. Par ailleurs, les préparations microscopiques reproduites montrent bien les aspects de carcinome malpighien ; il paraît bien difficile d'en éliminer la nature métastatique et plus particulièrement l'origine cervico-utérine. On pourrait peut-être mieux concevoir que l'épithélioma du col soit responsable anatomiquement de la diffusion néoplasique et cliniquement des métrorragies.

Mises à part ces réserves qu'il nous paraît difficile de ne pas formuler, cette observation complète nous montre la radiorésistance des éventuelles tumeurs de Brenner transformées.

De son côté, NOVAK cite un cas de LINBURG dont il reproduit une microphotographie.

Cet auteur cependant demeure fidèle à la notion de bénignité qui à son avis constitue une caractéristique des tumeurs de Brenner.

Cependant, contrairement à ce qui n'est que trop souvent réalisé dans les tumeurs ovariennes où le potentiel malin d'un néoplasme n'est pas obligatoirement inscrit dans sa structure histologique, l'étude que nous venons d'envisager nous montre que les cas de tumeur maligne décrits comme tumeur de Brenner ont un faciès microscopique qui permet d'en prévoir le potentiel.

Autrement dit, lorsque le diagnostic de tumeur de Brenner est indiscutable, il s'agit d'une tumeur bénigne. Dans les autres cas, c'est la malignité qui ne fait pas de doute et c'est la nature brennérienne du néoplasme qui reste à discuter.

CONCLUSIONS

-:-

La tumeur de Brenner, entrevue par ORTHMANN en 1899, décrite par BRENNER en 1907, est une tumeur ovarienne relativement rare. Sa découverte est faite dans la majorité des cas chez des femmes après la ménopause. Il s'agit d'un néoplasme bénin qui pose au sujet de ses origines des problèmes encore imparfaitement résolus.

Sur le plan anatomique, la tumeur, en principe unilatérale, se présente sous deux aspects principaux :

- soit une forme solide généralement de dimensions modérées, à un pôle de laquelle on peut encore reconnaître un vestige de glande ovarienne.
- soit une forme associée à un kyste pseudomucineux uni ou pluri-loculaire.

La petite taille de la tumeur oblige parfois, pour la découvrir, à recourir à une investigation systématique de la pièce opératoire.

Histologiquement, la tumeur est composée de cordons épithéliaux para-malpighiens, anastomotiques, parfois creusés de petites cavités glanduliformes, enchassés dans un stroma dense et fibreux, souvent ponctué de dépôts calcaires. Beaucoup de cellules épithéliales présentent un noyau fissuré longitudinalement, aspect qui paraît correspondre à une manière d'être plutôt qu'à un début d'ameitose. La

réticuline abondante dans le stroma ne pénètre pas dans les nids épithéliaux.

L'histogenèse de ces tumeurs a fait l'objet de plusieurs théories (dysembryoplasique, tératomateuse, germinative). La plupart des auteurs la font dériver d'îlots épithéliaux fréquemment rencontrés à la surface des ovaires ou des trompes (îlots de Walthard). La similitude morphologique est frappante. Il se peut, cependant, que toutes les tumeurs de Brenner n'aient pas exactement la même provenance. Nous pensons que les îlots de Walthard peuvent être d'origine coelomique par métaplasie. C'est, en définitive ce dernier mécanisme survenant sous l'empire de causes loco-régionales ou générales qui imprime son cachet à la tumeur de Brenner. La métaplasie peut rendre compte des différentes localisations et de la constance de sa structure.

Nous rapportons le cas d'une femme de 68 ans opérée pour un kyste de l'ovaire. La pièce opératoire montre un utérus atrophique et un kyste de l'ovaire gauche pluriloculaire avec une tumeur solide incluse dans sa paroi. Le diagnostic réel, comme il est de règle, n'est établi que par l'examen histologique. Celui-ci révèle la structure typique d'une tumeur de Brenner comprise dans un kyste pseudo-mucineux dépourvu de cellules argentaffines. La réticuline abondante dans le stroma ne pénètre jamais les nids épithéliaux; ceux-ci ont une structure para-malpighienne avec de nombreux noyaux fissurés et de multiples petites cavités renfermant un mucopolysaccharide acide P.A.S. positif. Ce produit d'élaboration cellulaire est en tous points identique à celui sécrété par les cellules du kyste voisin. L'autre ovaire présente de multiples invaginations coelomiques aboutissant à de nombreux petits kystes superficiels.

La tumeur de Brenner ne donne lieu à aucun tableau clinique propre. Elle n'a pas de retentissement endocrinien et n'a pour se manifester qu'une symptomatologie d'emprunt liée à son volume. Souvent latente, elle est découverte fortuitement à l'occasion d'investigations chirurgicales ou nécropsiques pour toute autre cause.

C'est une tumeur bénigne, ne récidivant pas après ablation, ne donnant pas de métastase. Quelques cas récents ont été rapportés, faisant état d'une évolution maligne. L'examen critique des observations ne nous permet pas pour autant d'apporter une restriction à la bénignité de cette tumeur, notion qui nous semble devoir être conservée en pratique.

--

Vu :
Le Président :
signé : FUNCK-BRENTANO

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BIHET

Vu et Parnis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ABRAHAM E.G.

Brennertumor und Endometriose (Betrachtungen über ihren gemeinsamen Ursprung)
Zentralbl. f. Gynäk. T 57 - 1.113 - 1129
13 mai 1933.

Zur Genese der Brenner-Tumoren
Arch. f. Gynäk. T. 154 565 - 573 1933

AMMAN J.A.

Ueber Bildung von Eiern und primärfollikelähnlichen gebilden im senilen ovarium
Zentralbl. f. Gynäk 1287 - 1288 - 1899

ANGEL, ETCHEVERRY M. et MARTINEZ DE HOZ R.

Tumor de Brenner
Rev.Med.Quir. de Path.fem. T. 16 432 -
449 Novembre 1940

APETOFF S.A.

Forme kystique de la tumeur de Brenner
Akouchevrtvo Guinek (Moscou) N° 4 76 -
78 1956

ARENAS N.

Tumor de Brenner del ovario
Ed. Vergara - Buenos Aires 1954

AREY L.B.

Nature et signification des noyaux
cannelés des cellules des tumeurs de
Brenner et des cellules des îlots de
Walthard.
Am.J.Obst-Gyn. T. 45 614 - 624 Avril
1943

AUFDERMAUR M.

Tumeur de la Granulosa de Werdt et ses
relations avec la Tumeur de Brenner
(Ophorome folliculaire)
Thèse Zurich 1942

AVERBACH L.H., PROMIN D., HANNA G.C.

Tumeur de Brenner de l'ovaire : Un cas
d'une dimension anormalement grosse
Am.J.Obst.gyn.
T. 74 207- 210 Juillet 1957

BAMFORTH J., DEMPSTER K.R., GARLAND G.W.

Tumeurs de Brenner de l'ovaire; compte
rendu de deux cas sous des aspects rare-
ment rencontrés
J.Obst.Gyn.Brit.Emp. T. 63 344 - 348
Juin 1956

BASSAL L. et FABRE F.

Tumeur de l'ovaire de type Brenner
Bull. de l'ass. Franç.p. l'étude du
Cancer T. 25 385-390 1936

BETTINGER H.

Ueber Brennersche Tumoren und disgermi-
nome des Ovariums
Frankfurt - Ztschr.f.Path. T. 45 238-
245 1933
Ovarial Tumor vom Typus Brenner in
Kombination mit anderen Tumoren
Zentralbl. f. Gynäk. T. 47 1377 1933

BLAND P.B., GOLDSTEIN L.I.

Granulosa cell tumor and Brenner tumors
of the ovary
Surg. Gynec. and Obst. T. 61 250-266
1935

BRENNER F.

Das oophoroma folliculare
Frankfurt - Ztschr. f. Pathol. T. I
150-171 1907

BURTY H.

Tumeur de Brenner

Bull.Soc.de Chir. de Paris 21 mars 1941

CHIRAY M., ALBOT G., BALMEZ

Tumeur de Brenner associée à un syndrome
polyendocrino-cirrhotique

Bull. du Cancer T. 28 636-645 Mai 1939

CHRISTIDIS E., STOIA, STANCINLESCO P.

Tumeur ovarienne du type Brenner

Bull. du Cancer T. 26 p. 663 1937

CONILL SERRA V.

La malignidad en el tumor de Brenner

Acta Gynec. T. 6 333 - 338 oct. 1955

DANFORTH W.C.

Brenner tumor with special reference to
its histogenesis

Quart.Bull.North Western Univ. T. 15 98-
102 1941

DANFORTH D.N.

Relations cytologiques de l'îlot de
Walthard avec la tumeur de Brenner de
l'ovaire et avec le cystadénome pseudo-
mucineux

Am.J.Obst.Gyn. T. 43 984-996 Juin 1942

DELANNOY F. et BEDRINE H.

L'oophorome folliculaire

Tumeur solide rare de l'ovaire

Gynec. et Obst. T. 32 420-429 1935

DE LEMOS A.

Eine Seltene parachymatogene Eierstocks-
geschwulst mit Ei und follikelähnlichen
Gebilden

Inaug.Diss. Heidelberg 1919

DERICHSWEILER

Brenner tumor das Ovars
Gynäk. Gesell. zu Dresden 19 Janv. 1933
in Zentralbl. f. Gynäk. T. 57 2.259 1933

DHOM G.

Topographie et histogénèse des petites
tumeurs de Brenner
Arch. f. Gynäk. T. 184 3239 1953

DOCKERTY M.B.

Brenner's tumor of ovary
Proc.Staff.Meet.Mayo Clin. T. 15 229-
234 Avril 1940

DOCKERTY M.B. , MAC CARTHY W.C.

Brenner tumors. Clinical and pathologic
studies of 10 new cases with brief review
of litterature
Am.J.Obst gyn. T. 37 703-709 Avril 1939
J. de Chir. T. 45 p. 574 Oct-Nov. 1939

DUBRAUSKY V., VON MASSENBACH

Ist der Brennertumor immer eine Gut-
artige Neubildung
Zentralbl. f. Gynäk T. 69 370 1947

ELEIZEGUI E.

Un caso de tumor de Brenner
Vida Nueva T. 41 - 361-365 Juin 1938

ESSER M.

Ueber das follikulomas.
Ooophoroma ovarii
Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.
T. 79 440-445 1928

EWALD F.K.

Beitrag zu den "Brenner" geschwülsten
des Eierstocks.
Zentralbl f. Allg. Path. u. path.Anat.
T. 61 81-84 1934

FAUVET E.

Zur Klinik und genese der Brenner tumoren
Arch.f. Gynäk T. 159 585-611 1935

FLEISCHMANN C.

Adenofibroma cysticum papillare ovarii
Zentralbl. f. Gynäk T. 40 233-234 1916

FRANKL O., KLAFTEN E.

Ueber das fibroma ovarii adenocysticum
(mit Bemerkungen über Brennertumoren)
Zentralbl. f. Gynäk T. 58 2656-2663 1934

FRANSSEN R.

Un pseudo-oophorome de l'ovaire, métasta-
se d'un cancer intestinal
Ann. d'Anath. Path. T.7 1053-1069 1930

FREUND R.

Zur Kerntniss der Brenner-tumoren
Arch. f. Gynäk T. 155 67-73 1933

GAINES J.A.

Brenner tumors of ovary
Am.J.Obst. Gynec. T. 32 456-465 1936

GAUTHIER-VILLARS P., DEBEYRE M., MIGNOT-DUPAIGNE

Dix cas de tumeur de Brenner
Presse Médicale N° 4 57 Janvier 1944

GEISSLER J.

Contribution à l'étude des tumeurs de
Brenner de l'ovaire
Ztschr. f. geburtsh. u. gynäk. T. 123
103-115 Octobre 1941

GEIST S.H.

A contribution to the histogenesis of
ovarian tumors
Am.J.Obst. and Gynec. T. 3 231-240 1922

GEIST S.H.

The histogenesis of certain ovarian
tumors and their biologic effects
Am.J.Obst. and Gyn. T. 30 - 650 -666
1935

GNASSI A.M.

Brenner's tumor
Am.J.Obst. and Gynec. T. 33 516-518
1937

GOTTSCALK S.

Ueber das Folliculoma malignum ovarii
Berliner Klin. Wochschr. n° 26 607-610
1902

GRAYZEL D.M.

Brenner tumors
Am.J.Surgery 509-511 sept. 1941

GRANJON

Un cas de tumeur de Brenner
Gyn.Obst. T. 4 N° 3 533 1952

GREENE

Les origines diverses des tumeurs de
Brenner
Am.J.Obst. and Gynec. T. 64 878-899
oct. 1952

GRODIDIER J., PIERSON B. et CHARDOT C.

Un cas de tumeur de Brenner
Bull.Fed.Soc.Gyn.Obst. T. 8 N° I
II3-II5 1956

HAMANT A. , CORNIL L. et MOSINGER M.

Le folliculome de l'ovaire
Bull.Assoc.franç. pour l'étude du can-
cer T. 18 788-807 1929

HELD E.

A propos de l'histogenèse des tumeurs
de Brenner et des kystes pseudo-mucineux
Schweiz.Med.Wchnschr. T. 69 831-832
juillet 1938.

HERLANT M.

Un cas de tumeur de Brenner
Le Cancer T. 2 100-104 1934

INGUIER A.

Casuistiche und kritische Beiträge
zum sogenannten "Folliculoma ovarii"
Arch. f. Gynäk. t. 83 545-565 1907

JELESNOV B.I.

A propos des néoplasmes des ovaires
du type Brenner
Akoukerstvo Guinek (Moscou) N° 4 78-82
1956

JOHNSON - DOCKERTY

Bilateral Brenner tumors - one case -
Proc staff. meet. Mayo Clin. 120-124
Avril 1945.

JONDAHL W.H., DOCKERTY M.B., RANDALL L.M.

Tumeurs de Brenner de l'ovaire. Une
étude clinico-pathologique de 31 cas.
Am. J. Obst. Gyn. T. 60 160-167
juillet 1950

KARPE - BLACK - SPEER

Histogenèse des tumeurs de l'ovaire.
Arch. of Path. 139 2 août 1952.

KLEINE H.O.

Zur Klärung der Histogenese der Brenner-
schen Eierstockgeschwülste
Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. 114
125-140 1937

Fréquence générale de la tumeur de
Brenner et du kyste pseudo-mucineux
combinés.

Zentralbl. f. Gynäk. T. 37 2051 septem-
bre 1939

KLEITSMAN R.

Sur une tumeur de Brenner de l'ovaire
Acta Obst. Gyn. Scand. T. 27 N° I 33-45
1947

KOLONJA S., ULM R.

Clinique et histogénèse des tumeurs
de Brenner
Gynekologia
T. 131 158-173 mars 1951

KROMPECHER E.

Ueber die follikulome , "Cophorome"
und "Granulosazell tumoren" des ovariums
Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk T. 88
341-355 1924

KUSHNER

Trois cas de tumeurs de Brenner
New-York State J. of Med. T. 49 N° 13
1573-1574 Juillet 1949

LABATUT H.

Les tumeurs de Brenner de l'ovaire
Thèse Nancy N° 39 1946

LAHM W.

Zur Histogenese des pseudo-muninkystome
des ovariums
Beitr. Geburtsh. u. Gynäk. t. 19 261-
274 1914

LASCANO GONZALES J.C. et SANMARTINO R.

Tumores de Brenner
Hosp. argent. T. 5 293-298 nov. 1934

LAUZE S.

Histogénèse de la tumeur de Brenner
Bull. Union Med. Canada T. 79 N° 3
250-255 mars 1950

LE LORIER G., VASSY S.

Un cas de tumeur de Brenner incluse
dans un volumineux kyste ovarien.
Gynec. Obst. T. 7 N° 2 149-150 1955

LEMGRUBER S., MAC CLURE E., DE OLIVIERA C.

Enturno de un caso de tumor de Brenner
Rev. de Gynec. Obst. T. I 268-284 octo-
bre 1939

LIMBURG H.

Gynecologic and Obstetric pathology
p. 390 W.B. Saunders Company Philadel-
phia 1952

MAC KINLAY C.J.

Les tumeurs de Brenner de l'ovaire.
Relation de neuf cas dont l'un avec
dégénérescence maligne.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. T. 63 N° I 58-
67 février 1956

MANDELSTAMM A.

Beitrag zur Kenntnis der folliculome
des Eierstockes (Blastom vom typus
Brenner)
Arch. f. Gynäk. T. 148 494-501 1932

MARVIL T.B. , BEAVER D.C.

Tumeur de Brenner de l'ovaire associée
à une hémorragie utérine
Am.J.Obst. Gyn. T. 43 N° I 99 1942

MASSON P.

Tumeurs humaines 1956

MURRY J.M., SCHMEISSER H.C.

Report of case of bilateral ovarian
tumor of Brenner type
Am.J.Obst. and Gynec. T. 27 290-293 1934

MEDINA-AMORIN

Deux cas de tumeur de Brenner
Ann. brasil de gyn. 176-191 septem-
bre 1944

MEEKER L.H.

Ooophoroma folliculare (Brenner) of
the ovaries
Arch. of Pathol. T. 22 718 1936

MEYER R.

Ueber verschiedene Erscheinungsformen
der als typus Brenner bekannten Eiers-
stockgeschwulst, Ihre Absonderung von
den Granulозelltumoren und Zuordnung
unter andere Ovarialgeschwülste
Arch. f. Gynäk. T. 148 541-596 1932

Der tumor ovarii Brenner, eine besondere
art von geschwulst und ihre stellung
unter den Geschwülsten des Eierstockes
Zentralbl. f. Gynäk. T. 56 770-782 1932

MOCQUOT P., VARANGOT J.

Deux cas de tumeur ovarienne de Brenner
Ann. d'Anat. Path. T. 15 544-546 mai
1938

MULLER J.H.

Les nodules et les kystes para-malpighiens à la surface de l'ovaire, de la trompe et du ligament large.
Ann. d'anat.path. T. 11 483 1934

NEIMAN B.H.

Tumors of ovary, with special reference
to benign fibro-epithelioma (Brenner
tumor)
Arch.path. T. 21 55-68 19 36

NEUMANN H.O.

Beiträge zur Kenntnis seltener ovaria-
blastome
Arch. f. Gynäk T. 130 742-765 1927

NIDEGGER J.C.

Les tumeurs de la granulosa et les tumeurs de Brenner

Gynækologia T. 137 129-160 mars 1954

NOVAK E.

Gynecologic and obstetric pathology

W.B. Saunders Company Philadelphie 1958

NOVAK E., GRAY L.A.

Clinical and pathological differentiation of certain special ovarian tumors : granulosa cell carcinoma, arrheblastoma, disgerminoma, Brenner tumor

Am.J.Obst. and Gynec. T. 31 213-229 1936

NOVAK E., JONES H.W.

Brenner's tumor with report of 14 new cases

Am.J.Obst.gyn. T. 38 N° 5 872-888

Nov. 1939

ORTHMANN E.G.

Zur Casuistik einiger seltener ovarial und tuben-tumoren

Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk T. 9

771-782 1899

PECK J.S., LEARY G.

Tumeurs de Brenner bilatérales des ovaires

Am.J.Obst.Gyn. T. 64 1179-1180 novembre

1952

PELLISSIER A., HENRY P.

Un cas de tumeur de Brenner chez une femme indigène de Brazzaville

Bull.alger.Carcinol. 1.4 27-28 1951

PENDL O.

A propos des tumeurs de Brenner

Wien.Klin.Wschr. T. 60 414-418 juillet

1948

PICARD

Un cas de folliculome typique de l'ovaire
Ann. d'anat.Path. T. 5 647 1928

PLATE W.P.

Plasterepithel in einem ovarialtumor vom
typus Brenner
Arch. f. Gynäk T. 160 309-316 1936

Brenner tumor of ovary
Nederl. Tijdr. v. Verlosk. Gyn. T. 41
113-142 1938

PLAUT A.

Der sogenannte tumor ovarii Brenner.
Fibroepithelioma mucinosum benignum ovarii
Acht. neue fälle - Bemerkungen zur histo-
genese
Arch. f. Gynäk T. 153 97-126 1933

PROESCHER F., ROSASCO J.

Ovarian tumor of Brenner type
Am.J.Cancer T. 28 291-300 1936

RAWSON A.J., HELMAN M.R.

Malignant Brenner tumor
Am.J.Obst.gyn. T. 69 N° 2 429-437 1955

REIMANN S.P., BROWN C.E.

The so called Brenner's tumor of the
ovary
Am.J. of Patho. T. II 888 1931

REIST

Tumor ovarii Brenner
Schweizer med. Wochschr. T. 15 318 1934

REWELL R.E.

Quelques observations sur les tumeurs
de Brenner et les nids de cellules
de Walthard
J.Obst. Gyn. Brit. Emp. T. 64 N° I
85-88 février 1957

RICHTER J.

Zur Kenntnis des sogenannten fibroma
ovarüi adenocysticum

Wiener Klin. Wochschr. T. 42 440-442 1929

ROBINSON T.G.

Tumeur de Brenner extra-ovarienne

J. Obst. Gyn. British Empire T. 57 n° 6

890-891 Décembre 1950

RODRIGUES

Concerto dos tumores de Brenner

Am. brasil de gynec. T. 4 427-445 novem-
bre 1937

RZAGAN J.W.

La tumeur ovarienne de Brenner : son anat-
omie pathologique macroscopique et micro-
scopique

Am.J.Obst.gyn. T. 60 1315-1323 décembre
1950

SCHIFFMANN J.

Postklimakterische Blutung und
Brennerscher ovarial tumor

Arch. f. gynäk T. 150 159 175 1932

SCHILLER W.

Recent findings in solid ovarian tumors

J. Obst. and gyn. British Emp. T. 43

1135-1144 1936

SCHILLER W.

Zur histogenese der Brennerschen ovarial-
tumoren

Arch. f. gynäk T. 157 65-83 1934

SEIFRIED O.

Das oophoroma folliculare

Ztschr. Krebsforsch. T. 20 236-242 1923

SIEGEL

Brenner tumor of ovary complicating
labor

Am.J.Obst.gyn. T. 40 337-338 août 1940

SJOVALL

Brenner tumor of ovary

Nord Med. hygica 2367-2370 Décembre 1940

SMITH P.H.

Brenner tumor of the ovary

Am.J.Obst. and gynec. T. 30 734-735

Novembre 1935

STANGE H.H., SCHAUMKELL K.W.

Contribution à la genèse des tumeurs de
Brenner quant à leurs formes et leurs
causes

Zentralbl. f. Gynäk. T. 79 351-356

mars 1957

STEFENESIK

Tumeur ovarienne de Brenner

Orvosi Hetilap. 1218 novembre 1935

STOHR G.

Rapports de la tumeur de Brenner et du
"rete ovarii"

Am.J.Obst.Gyn. T. 72 N° 2 389-399

avril 1956

VON SZATHMARY Z.

Ueber Brennersche tumoren in der wand
grösseren ovarial-cystome

Arch. f. Gynäk T. 154 390-414 1933

TACHEZY

Brenner tumor of ovary

Ceskoslov. Gyn. T. 15 156-159 1936

TAWILDAROW

Oophoroma folliculare immaturans

Ges. f. geburtsh. u. gynäk zu Petrograd
1909

TEILURU

Brenner tumors of ovary with special
reference to histogenesis and relation
to pseudo mucinosus ovarian cystoma
Nord Med. Hosp. t.9 803-806 mars 1941

TESAURO J.

Contribution à l'étude des folliculomes
de l'ovaire (Diagnostic histologique -
Pathologie comparée)
Bull.Assoc.franç. pour l'étude du cancer
T. 17 471-497 1928

TIMMERBERG

Ueber Brenner tumoren das ovarium mit
9 neuen Fällen
Ztschr. f. geburtsh. u. gynäk T. 119
N° 2 234-245 Juillet 1939

VAN G.-SMITH-PETIT

Dix cas de tumeurs de Brenner
J. de Chir. T. 55 N° 4 374 avril 1940

VARANGOT J.

Les tumeurs de la granulosa
Thèse Paris T. 91 1937
Les tumeurs ovariennes de type Brenner :
étude anatomique, clinique et histogénétique
Gyn. et Obst.
T. 38 II - 42 Juillet 1938
T. 38 94-103 Avril 1938

VON NUMERS C.

Contribution à l'histologie et à la con-
naissance des cas de tumeurs de Brenner
Acta obst.gyn.scand. T. 25 114-127 1945

VON WERDT F.

Ueber die granulosaazeltumoren des ovariums
Beitr. f. path. anat. u. z. allg. Path. T. 59
453-490 1914

WALLART J., SCHNEIDEGGER S.

Tumeur de l'ovaire de type Brenner
Bull.Assoc.franç. pour l'étude du cancer
T. 24 499-510 1935

WALTHARD M.

Zur Aetiologie der ovarialadenom
Ztschr. f. geburtsh. u. gynäk. T. 99
233-329 1903

WALTON

Brenner tumors
J.Connec. med.Soc. T. 3 166-168 avril
1939

WEINZIERL E.

Doppelseitiger ovarialblastome vom typus
Brenner
Med.klin. T. 29 1078-1079 1933

WINTER

Brenner tumor
Arch. f. gyn. T. 154 390 1933

WOLFE S.A. , KAMINESTER S.

Brenner tumor ovary
Am.J.Obst and Gynäk. T. 27 600-603 1934

WOLFF

Ueber ovarialtumoren vom typus Brenner
Zentralbl. f. allz. u. path. anat.
T. 64 331-332 1936

ZILLIACUS H., TOTTERMAN L.E.

Coloration des tumeurs de Brenner par la
technique à la fuchsine périodée
Acta obst. gyn. scand. T. 31 N° 4 443-447
1952

SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:-

